

國中生的社會資本與健康促進生活型態之研究

黃春太^{*} 姜逸群^{**} 黃雅文^{***} 胡益進^{****}

摘要

本研究在探討國中生的社會資本與健康促進生活型態的現況，以及二者之關係。以台南縣公立學校國中學生為研究母群體，採叢集隨機抽樣方式，利用結構式問卷進行資料收集，共得有效問卷978份，重要結果如下：

一、國中生的社會資本愈多，則愈致力於健康促進生活型態。家庭氣氛愈好、親子關係愈好、手足互動愈好、親友互動愈好、社區參與愈多、代間封閉愈多、親師關係愈好、同儕關係愈好、師生關係愈好、社團參與愈多的國中生，其健康促進生活型態落實愈高。二、社區參與愈多、親師關係愈好、同儕關係愈差、社團參與愈多的國中生，則愈能落實營養行為、健康責任行為、運動行為。三、家庭氣氛愈好、親子關係愈好、同儕關係愈差、社團參與愈少，則愈能履行營養行為。

關鍵字：社會資本、典型相關、健康促進生活型態、國中生

* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育系博士班研究生暨台南縣麻豆國中教師

** 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育系教授

*** 國立台北教育大學生命教育與健康促進研究所教授

**** 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育系副教授

通訊作者：姜逸群

聯絡地址：台北市大安區和平東路一段162號

聯絡電話：02-23657907#233

E-mail: t09009@ntnu.edu.tw

壹、前言

台灣地區由於經濟快速成長，環境衛生改善及醫療科技的提升，使得國民生活水準顯著提高，國人平均餘命延長，疾病的型態也轉變，國人主要死因由過去急性傳染病轉變為慢性、退化性疾病，根據行政院衛生署（2007）公佈2006年國人十大死因依序為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、事故傷害、肺炎、慢性肝病及肝硬化、腎炎、腎徵症候群及腎性病變、自殺、高血壓性疾病。而這些疾病主要受個人生活習慣與方式所影響（余玉眉、江永盛，1992）。Lalonde（1974）指出影響人類健康的因素包括醫療體系、生活型態、環境、人類生物因素；而生活型態主要取決於個人所採行之行為，對健康影響最大。Dever（1976）提出影響疾病死因的四大因素，生活型態因素佔最多，為43%、遺傳因素佔27%、環境因素佔19%、醫療體制佔11%。李明亮（2001）也指出不當的生活型態是台灣民衆的健康問題之一。黃雅文、姜逸群（2005）指出由於社會高齡化的現象，許多退化性疾病增加，這種退化性疾病的預防和治療，與我們平常的生活型態有密切關聯，例如：飲食、運動、睡眠和壓力調適等。若能及早改變個人危害健康行為，應可降低慢性病的罹患率與死亡率（劉美媛、呂昌明，2006）。Pender and Barkaskas（1992）則指出慢性病與不健康的生活型態有關。而Pender（1996）更指出建立各年齡層的健康促進生活型態，期能推展正向的健康生活行為，顯見個人健康促進生活型態對健康的重要性。Walker, Sechrist, and Pender（1987）認為健康促進生活型態是「個人為了維持或促進健康水準，自我實現和自我滿足的一種多層面的自發性行為和認知」。Chen, Wang, Yang, and Liou（2003）整理文獻後，指出青少年健康促進生活型態應包含營養、運動、壓力管理、家庭計劃、健康保護。

健康是人類的基本權利，也是實現人生目標的必要條件之一，有健康的身心才能擁有生命中許多的成就。國中生正值人生發展的重要階段，必須一點一滴慢慢去培養良好的健康行為與態度，才能預防許多因不良生活習慣所導致的疾病，提昇生活品質。而陳素芬、鄭惠美、照屋博行、李詩鎮（2004）指出多數的不良生活方式，大都在兒童階段和國中生時期就養成，應在行為塑造期的階段投注更多心力。Kohlberg（1969）亦指出求學歷程是個人身心發展的關鍵期，個人在其未來的生活中的一切作為，均受這一時期的發展所影響。認為在學階段的學生是個人發展生涯中最有效、最有系統接受行為養成的關鍵期。李蘭（1991）亦指出良好的健康促進行為有賴於早年生活習慣的養成。因此本研究以國中生為主要探討對象。

Pender, N. J. and Pender, A. R. (1986) 認為健康促進行為是一種以自我實現為導向，引導個人維持或增進健康，以使個人積極主動的建立新的模式。黃雅文、姜逸群 (1991) 認為健康促進行為是對健康狀況有直接、間接、積極正面影響健康的作為，其能有效促進及改善個體的健康狀況。Gillander and Hammarstrom (2002)、Kolbe, Collins and Cortese (1997) 也指出健康促進行為對學童或青少年的生理、心理健康與未來各方面的發展均相當重要。Wainwright, Thomas, and Jones (2000) 發現健康促進行為能降低疾病的發生、減少死亡率。由文獻 (仇方娟, 1997; 陳昭伶, 2004; 陳麗光、李蘭、邱雅苓、許可欣、葉珍玲、楊惟智, 2002; 蔡佩如, 2006; 羅沁芳, 2003; Bonney, Britto & Klostermann, 2000; Burke, Beilin & Dunbar, 2001; Maes & Lievens, 2003; Pender, 1996; Santrock, 2003) 發現有關健康促進行為之研究係以家人、同儕朋友、學校教師為主，以這些相關概念探討其與健康促進行為的關係。Kawachi, Kim, Coutts and Subramanian (2004) 認為社會資本是社會網絡及社會支持。Portes (1998) 認為社會資本是透過網絡成員及社會結構獲得利益的能力，其要素有二：個人與社會組織成員的關係，以信任與互惠為基礎；另一為組織成員所提供的物質資源。Szreter and Woolcock (2004) 從三個觀點來詮釋社會資本的效用：社會支持—社會網絡對個人的幸福 (welfare) 是重要的；經濟不平等擴大會損及人們的相互關係及信任；健康不平等來自物質資源的差異。所以整合研究對象所處的社會網絡關係就構成社會資本概念的一環，因此本文嘗試以社會資本來探討其與健康促進生活型態之關係。

社會資本是個人擁有的社會結構資源的表現，主要存在於人際關係和社會結構中，可以幫助社區或其成員達成某些目標的行動 (Coleman, 1988)。所以社會資本是一種存在於社會結構裡的資源如信任關係、資源幫助、社會契約和富裕等，同時也是一種個人資源。而國中生的生活情境大多以家庭和學校為主，因此本研究從家庭內、家庭外、學校三方面來探討國中生的社會資本。

Beaulieu and Isreal (1997) 認為社會資本是家庭和社群內的支持性人際關係組合。將社會資本應用到家庭社會網絡的分析，就構成了家庭社會資本 (林南, 2004)。此時，社會資本是鑲嵌在社會網絡之中，透過家庭網絡關係的人際互動、互惠規範、建立信任基礎，而產生可能運用或實際運用的資源，所以家庭社會資本對家庭及外在系統的社會連結有正向關係 (Hogan, 2001)。

Coleman (1988) 認為有助於教養孩子的社會資本可區分為家庭內社會資本、家庭外社會資本二個面向，家庭內社會資本是家庭中兒童與家長或其他成人的人際互動關係。家庭外社會資本是父母和其他可影響子女發展的個人和機構的關係，包括父母

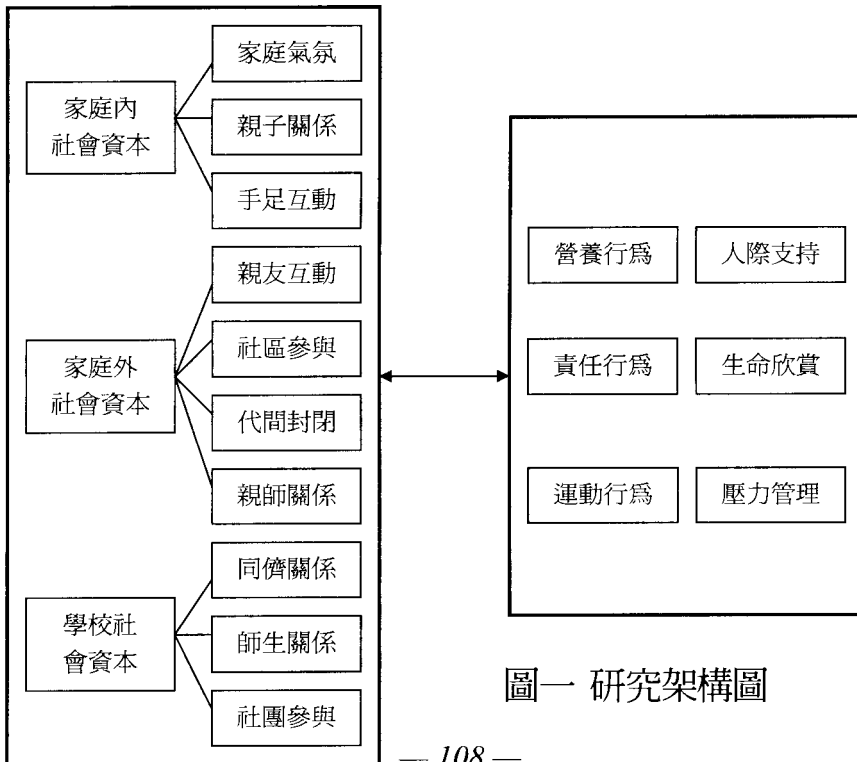
與學校、鄰居、親戚、子女朋友父母的互動。Coleman也認為在家庭投注孩子教育的資源和學校所提供之資源間存在著某種互動關係，藉由學校中參與活動、與老師及同儕相處、扮演好學生角色等，能夠得到資源和擴展社會支持，擴增孩子的社會資本。

本研究依據Coleman（1988, 1990）的理論、學者們實證研究（周新富，2003；Carbonaro, 1998；Cartland, Ruch-Ross, & Henry，2003；Coleman & Hoffer, 1987；Lee & Cominger, 1999；Resnick, Bearman, Blum, Harris, Jones, Tabor et al., 1997），將社會資本分為家庭內社會資本、家庭外社會資本、學校社會資本。家庭內社會資本包括家庭氣氛、親子關係、手足互動三項；家庭外社會資本包括親友互動、社區參與、代間封閉（是指父母親與子女朋友父母親的互動）。學校社會資本包括同儕關係、師生關係、社團參與三項。

本研究希冀瞭解社會資本與健康促進生活型態之關係，將國中生之社會資本分成家庭內社會資本、家庭外社會資本、學校社會資本，以探討其與健康促進生活型態之關係，以做為學校衛生工作在推展健康促進學校之參考。

貳、材料與方法

以下就本研究之研究架構、研究對象、研究工具，以及資料處理與分析加以說明。



圖一 研究架構圖

一、研究架構

根據研究目的、相關文獻擬訂本研究架構如圖一所示。主要探討家庭氣氛、親子關係、手足互動、親友互動、社區參與、代間封閉、親師關係、同儕關係、師生關係、社團參與等社會資本構念與健康促進生活型態，包含營養行爲、人際支持行爲、健康責任行爲、生命欣賞行爲、運動行爲、壓力管理行爲之間的典型相關情形與各變項之間的相關結構。

二、研究對象

本研究以九十五學年度台南縣41所公立國民中學，在學國中學生998班34,641人爲母群體（不含私立學校及啓聰學校）。依照該縣教育行政分區（分爲新營區、曾文區、北門區、新化區、新豐區五區），以班級爲單位，採叢集隨機抽樣方式，選取30班，共1,007位學生進行問卷施測。所得問卷扣除作答不全或明顯系統錯誤的問卷後，得有效問卷978份，有效回收比率爲97.12%。

三、研究工具

本研究採用結構式問卷作爲調查工具收集所需資料，在參考相關工具後，經過擬定初稿、預試、分析預試結果與完成問卷編製等過程才完成。結構式問卷包括社會資本量表、健康促進生活型態量表。社會資本量表主要在瞭解研究對象的社會網絡及所用資源之情形，而健康促進生活型態則是瞭解研究對象最近一年與健康促進有關之生活型態。

自編社會資本量表分爲家庭內社會資本、家庭外社會資本、學校社會資本三部份，本量表共有40個題目，採用Likert五點量尺。家庭內社會資本分爲三個分量表，共13題，家庭氣氛係指家庭中的整體氣氛，共3題，總分3~15分；親子關係係指父母親與孩子在家庭內相處互動情形，共4題，總分4~20分；手足互動係指兄弟姐妹在家庭內互動情形，共6題，總分6~30分；將家庭內社會資本進行因素分析，以主軸法抽取家庭氣氛、親子關係、手足互動等3個因素，其KMO=.88及Bartlett球形檢定值達顯著（ $p<.001$ ），累積解釋變異量爲58.89%，內部一致性Cronbach's α 係數爲.76。家庭外社會資本分爲四個分量表，共14題，親友互動係指平常與親友往來的情形，共4題，總分4~20分；社區參與係指參與社區活動及利用社區設施的情形，共3題，總分3~15分；代間封閉係指家長與孩子友伴父母間的關係熟識度，共3題，總分3~15

分；親師關係係指學校老師與家長的溝通聯繫，共4題，總分4~20分；將家庭外社會資本進行因素分析，以主軸法抽取親友互動、社區參與、代間封閉、親師關係等4個因素，其KMO=.87及Bartlett球形檢定值達顯著（ $p<.001$ ），累積解釋變異量為67%，內部一致性Cronbach's α 係數為.81。學校社會資本分為三個分量表，共13題，同儕關係指與同學朋友平日在校之相處狀況，共6題，總分6~30分；師生關係係指老師與學生平日在校之相處狀況，共3題，總分3~15分；社團參與係指平日參與學校各種活動之情形，共4題，總分4~20分；將學校社會資本進行因素分析，以主軸法抽取同儕關係、師生關係、社團參與等3個因素，其KMO=.88及Bartlett球形檢定值達顯著（ $p<.001$ ），累積解釋變異量為60.64%，內部一致性Cronbach's α 係數為.88。社會資本量表的分數愈高，則研究對象所擁有的社會資本愈好。

健康促進生活型態量表係使用Chen et al. (2003) 所發展的青少年健康促進量表，該量表共有40個題目，分為6個分量表，營養行為係指日常飲食型態及食物的選擇，共6題，總分6~30分；人際支持行為係指能發展社會支持系統，共7題，總分7~35分；健康責任行為係指個人對自己的健康所付出的注意、接受的責任和需要時尋求專業人員的協助，共8題，總分8~40分；生命欣賞行為，係指欣賞自己、對生命充滿信心及樂觀、努力讓自己覺得是朝向積極的方向成長和改變，共8題，總分8~40分；運動行為係指從事運動與休閒的活動，共5題，總分5~25分；壓力管理行為係指當人在面對壓力時能放鬆自己及運用減輕壓力的方法，使各器官系統穩定及紓解心理壓力等，共6題，總分6~30分。題目採Likert五點量尺。健康促進生活型態全量表的內部一致性Cronbach's α 係數為.94，各分量表的內部一致性Cronbach's α 係數則分別介於.67至.87之間。健康促進生活型態量表所得分數愈高，則研究對象愈能落實健康促進生活型態。

四、資料處理與分析

將收集到的資料依量表項目加以分類、編碼，並將編碼後的資料輸入電腦以便於相關統計分析。

以SPSS13.0統計套裝軟體進行社會資本與健康促進生活型態之間的統計分析，類別資料以次數分配和百分率描述，等距資料則以平均值、標準差描述之，再以典型相關探討社會資本與健康促進生活型態的關係。本研究進行統計分析時，以.05為顯著水準考驗。

參、結果

一、社會資本、健康促進生活型態現況

本研究男生有498人，佔50.9%，女生有480人，佔49.1%。一年級有334人，佔34.2%，二年級有318人，佔32.5%，三年級有326人，佔33.3%。

國中生的社會資本方面，家庭內社會資本各項得分為家庭氣氛平均得分為11.47（標準差為2.40），親子關係平均得分為14.58（標準差為3.28），手足互動平均得分為19.13（標準差為4.53），家庭內社會資本各變項之平均得分高於該變項總分之中數，顯示國中生擁有不錯的家庭內社會資本。家庭外社會資本各項得分為親友互動平均得分為13.23（標準差為3.45），社區參與平均得分為9.87（標準差為2.56），代間封閉平均得分為8.91（標準差為2.8），親師關係平均得分為11.73（標準差為3.96），家庭外社會資本各變項中，僅親友互動、社區參與平均得分高於該變項總分之中數，而代間封閉、親師關係平均得分稍低於該變項總分之中數，顯示國中生的家人與同學家長或老師的互動關係未達該變項總分之中數。學校社會資本各項得分為同儕關係平均得分為23.78（標準差為4.20），師生關係平均得分為10.35（標準差為2.53），社團參與平均得分為14.11（標準差為3.10），學校社會資本各變項之平均得分高於該變項總分之中數，顯示國中生擁有不錯的學校社會資本。

國中生健康促進生活型態總平均得分為137.28（標準差為24.89），而各項得分為營養行為平均得分為21.81（標準差為4.19），人際支持行為平均得分為24.33（標準差為6.03），健康責任行為平均得分為24.81（標準差為5.87），生命欣賞行為平均得分為29.16（標準差為6.59），運動行為平均得分為15.88（標準差為3.93），壓力管理行為平均得分為21.29（標準差為4.55），顯示國中生的各項健康促進生活型態之平均得分高於變項之平均總分，顯示國中生落實健康促進生活型態的情形相當良好。

二、社會資本與健康促進生活型態之關係

所得有效資料以典型相關分析以探討國中生社會資本與健康促進生活型態之間的關係結構。研究結果得到六組典型相關因素，其中有三組典型相關因素達統計上顯著水準($p < .001$)，如表一所示，其典型相關係數分別為.70、.30、.21，其相關結構如圖二所示。

表一 社會資本與健康促進生活型態之典型相關分析摘要表 (N=978)

X變項	典型因素			Y變項	典型因素		
	χ_1	χ_2	χ_3		η_1	η_2	η_3
家庭氣氛	-0.723	.088	.553	營養行爲	-0.518	.309	.594
親子關係	-0.736	-.052	.426	人際支持	-0.948	-.209	-.141
手足互動	-0.551	-.141	-.031	責任行爲	-0.689	.553	.155
親友互動	-0.673	.029	-.060	生命欣賞	-0.868	.014	.214
社區參與	-0.547	.432	-.106	運動行爲	-0.609	.650	-.249
代間封閉	-0.503	.252	-.151	壓力管理	-0.683	.245	.105
親師關係	-0.502	.387	-.185				
同儕關係	-0.708	-.499	-.358				
師生關係	-0.627	.140	.115				
社團參與	-0.706	.431	-.338				
抽出變異數%	40.2	8.9	8.2	54.8	15.5	8.6	
重疊%	19.4	0.8	0.4	26.5	1.4	0.4	
ρ^2				.48	.09	.04	
ρ				.70***	.30***	.21***	

***p<.001

第一組典型相關主要說明社會資本與健康促進生活型態的相關情形，第二組典型相關主要說明社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與與營養行爲、健康責任行爲、運動行爲的相關情形，第三組典型相關主要說明家庭氣氛、親子關係、同關係、社團參與與營養行爲的相關情形。

以下分別就三組典型相關進行結果說明：

(一) 社會資本與健康促進生活型態的相關結構

在第一組典型相關中，其典型相關係數 $\rho = .70$ ，決定係數 $\rho^2 = .48$ ，表示X變項組的第一個典型因素 (χ_1) 可以解釋Y變項之第一個典型因素 (η_1) 總變異量的48%。 χ_1 是從X變項組中抽取出來的第一個典型因素，佔X變項組總變異量的40.2%，X變項組與Y變項組第一個典型因素 (η_1) 重疊的部份有19.4%，表示Y變項組之第一個典型因素可以解釋X變項組總變異量的19.4%。而 η_1 是從Y變項組中抽取出來的第一個典型因素，佔Y變項組總變異量的54.8%，Y變項組與X變項組第一典型因素 (χ_1) 重疊的部分有26.5%，表示X變項組之第一典型因素可以解釋Y變項組總變異量的26.5%。

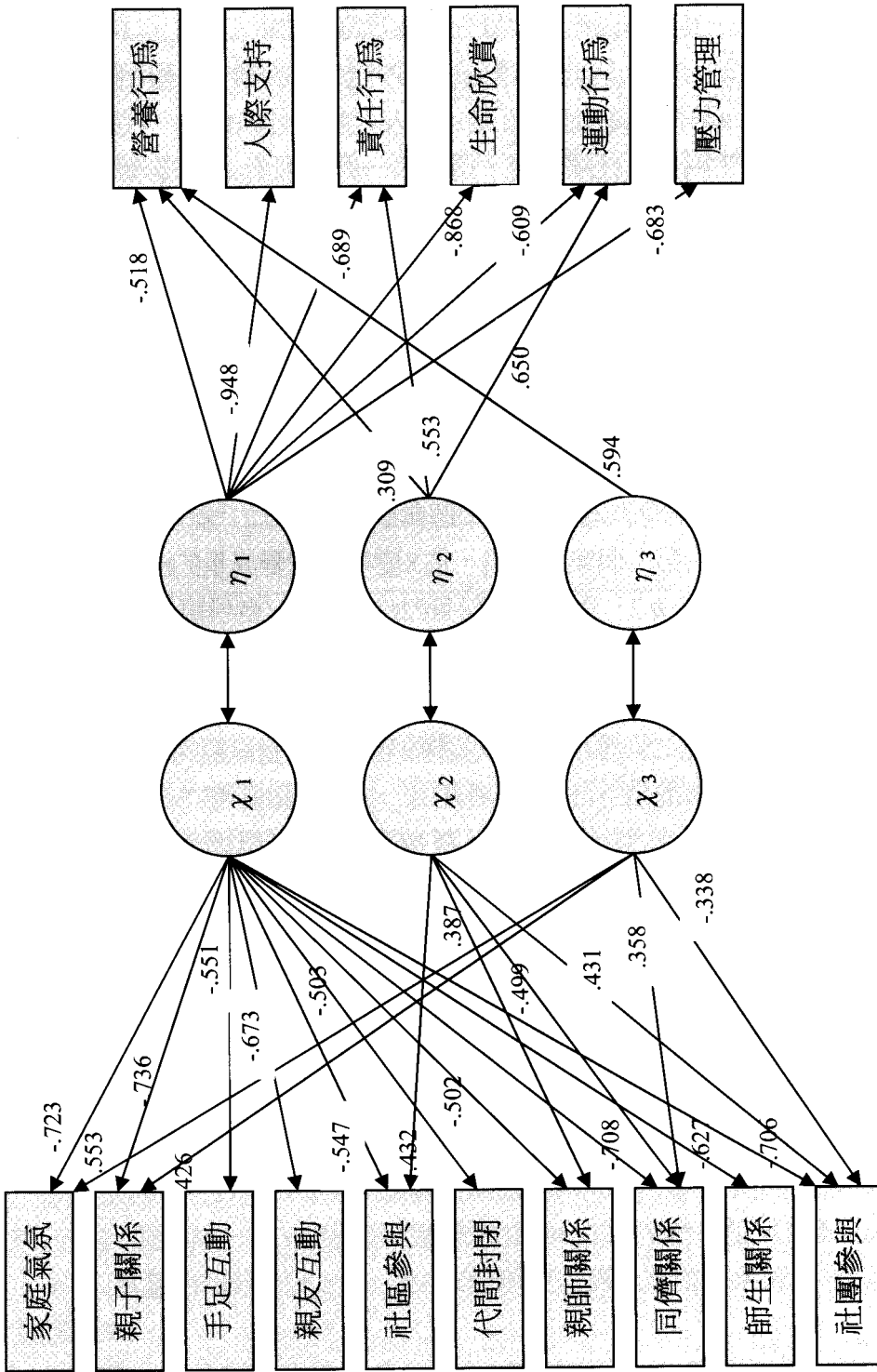
就第一組典型相關結構而言，在X變項組中，以家庭氣氛、親子關係、手足互

動、親友互動、社區參與、代間封閉、親師關係、同儕關係、師生關係、社團參與與第一典型因素 χ_1 相關較高，其典型因素負荷量分別為-.723、-.736、-.551、-.673、-.547、-.503、-.502、-.708、-.627、-.706。因此，X變項組與Y變項組的第一典型相關，主要由X變項組中的家庭氣氛、親子關係、手足互動、親友互動、社區參與、代間封閉、親師關係、同儕關係、師生關係、社團參與，透過第一典型因素 χ_1 來影響Y變項組的第一典型因素 η_1 。而與 η_1 呈高相關的分別為營養行爲、人際支持行爲、健康責任行爲、生命欣賞行爲、運動行爲、壓力管理行爲。從因素負荷量的正負符號來看，其關係皆爲正向。

(二) 社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與與營養行爲、健康責任行爲、運動行爲的相關結構

在第二組典型相關中，其典型相關係數 $\rho=.30$ ，決定係數 $\rho^2=.09$ ，表示X變項組的第二個典型因素（ χ_2 ）可以解釋Y變項之第二個典型因素（ η_2 ）總變異量的9%。 χ_2 是從X變項組中抽取出來的第二個典型因素，佔X變項組總變異量的8.9%，X變項組與Y變項組第二個典型因素（ η_2 ）重疊的部份有0.8%，表示Y變項組之第二個典型因素可以解釋X變項組總變異量的0.8%。而 η_2 是從Y變項組中抽取出來的第二個典型因素，佔Y變項組總變異量的15.5%，Y變項組與X變項組第二典型因素（ χ_2 ）重疊的部分有1.4%，表示X變項組之第二典型因素可以解釋Y變項組總變異量的1.4%。

就第二組典型相關結構而言，在X變項組中，以社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與與第二典型因素 χ_2 相關較高，其典型因素負荷量分別為.432、.387、-.499、.431。因此，X變項組與Y變項組的第二典型相關，主要由X變項組中的社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與，透過第一典型因素 χ_2 來影響Y變項組的第二典型因素 η_2 。而與 η_2 呈高相關的分別為營養行爲、健康責任行爲、運動行爲。從因素負荷量的正負符號來看，除了同儕關係的關係爲負向，其餘的關係均爲正向。



說明：1.結構圖保留典型因素負荷量大於.30之變項(Tabachnick & Fidell, 1996)。

2.「+」、「-」號表示相關方向。

圖二 社會資本與健康促進生活型態之典型相關結構圖

(三) 家庭氣氛、親子關係、同儕關係、社團參與與營養行為的相關結構

在第三組典型相關中，其典型相關係數 $\rho=0.21$ ，決定係數 $\rho^2=0.04$ ，表示X變項組的第三個典型因素 (χ_3) 可以解釋Y變項之第三個典型因素 (η_3) 總變異量的4%。 χ_3 是從X變項組中抽取出來的第三個典型因素，佔X變項組總變異量的8.2%，X變項組與Y變項組第三個典型因素 (η_3) 重疊的部份有0.4%，表示Y變項組之第三個典型因素可以解釋X變項組總變異量的0.4%。而 η_3 是從Y變項組中抽取出來的第三個典型因素，佔Y變項組總變異量的8.6%，Y變項組與X變項組第三個典型因素 (χ_3) 重疊的部分有0.4%，表示X變項組之第三個典型因素可以解釋Y變項組總變異量的0.4%。

就第三組典型相關結構而言，在X變項組中，以家庭氣氛、親子關係、同儕關係、社團參與與第三個典型因素 χ_3 相關較高，其典型因素負荷量分別為.553、.426、-.358、-.338。因此，X變項組與Y變項組的第三個典型相關，主要由X變項組中的家庭氣氛、親子關係、同儕關係、社團參與，透過第三個典型因素 χ_3 來影響Y變項組的第三個典型因素 η_3 。而與 η_3 呈高相關的為營養行為。從因素負荷量的正負符號來看，家庭氣氛、親子關係與營養行為的關係為正向，而同儕關係、社團參與與營養行為的關係為負向。

肆、討論

本段落針對研究結果進行討論，並與國內外文獻進行比較分析，以下分為一、社會資本與健康促進生活型態的相關；二、社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與與營養行為、健康責任行為、運動行為的相關；三、家庭氣氛、親子關係、同儕關係、社團參與與營養行為的相關；分別進行探討：

一、社會資本與健康促進生活型態的相關

由第一典型相關發現，國中生的社會資本與健康促進生活型態有顯著正相關，且解釋量為48%。也就是說社會資本愈高，落實健康促進生活型態也愈高。就社會資本而言，家庭內社會資本的家庭氣氛愈好、親子關係愈好、手足互動愈多，家庭外社會資本的親友互動愈多、社區參與愈多、代間封閉愈好、親師關係愈好，學校社會資本的同儕關係愈好、師生關係愈好、社團參與愈多者，則國中生愈能落實健康促進生活型態。本研究結果支持仇方娟（1997）、陳昭伶（2004）、蔡佩如（2006）、

羅沁芳（2003）等人指出家庭關係、家人、同儕、師長的支持會影響學生的健康促進生活型態。由於國中生日常生活所接觸的地方不外乎家庭與學校，生活中最常接觸的是家人、同儕、老師。在家庭中深受父母親、手足的影響，所以家人相處氣氛融洽、互動關係良好，容易將父母親所擁有的家庭社會資本傳給子女，因此家庭內社會資本愈多，愈能使子女落實健康促進生活型態。而研究者進行本研究之家庭結構組成有 83.6% 是雙親家庭，單親及隔代教養家庭較少，Coleman（1991）、Parcel and Menaghan（1993）指出家庭結構完整性會影響社會資本，單親家庭中家長陪伴兒童的時間少、缺乏互動，降低家庭的社會資本，可說明本研究之家庭氣氛、親子關係、手足互動對健康促進生活型態的影響。家庭外社會資本顯示由父母與親友、朋友父母、親師所構成的網絡，此一網絡愈緊密，則國中生受到的關心愈多，亦即來自親友、朋友父母、師長的督促與提醒也愈多，對於國中生的健康促進生活型態的落實也愈有幫助。由研究顯示親友及同學家長亦是國中生的重要網絡資源，足以影響其健康促進生活型態；而國中生對社團及社區的活動參與力愈強，所能獲的網絡資源愈多，使其愈能落實健康促進生活型態。在學校中，國中生深受到師長、同學及學校社會環境的影響，所以所擁有的學校社會資本愈多，代表其與學校師長、同學關係良好，在良好學校社會環境下，較能落實健康促進生活型態。由此可見，國中生所擁有的社會網絡資源愈豐富，不管是家庭內社會資本、家庭外社會資本或是學校社會資本，愈能幫助其落實健康促進生活型態。

另外由X變項的第一典型因素（ $\chi 1$ ）與Y變項之第一典型因素（ $\eta 1$ ）之關係，發現Y變項之人際支持行為具有最大的典型因素負荷量（-.948），是否因本研究社會資本構念著重於網絡關係，而健康促進生活型態構念亦包含有關人際支持層面，使得人際支持行為具有最大的典型因素負荷量，是須加以注意的部份。

二、社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與與營養行為、健康責任行為、運動行為的相關

由第二典型相關發現，國中生的營養行為、健康責任行為、運動行為主要受到家庭外社會資本的社區參與、親師關係，學校社會資本的同儕關係、社團參與之影響，社區參與愈高、親師關係愈好、社團參與愈多、同儕關係愈差者，愈能落實營養行為、健康責任行為、運動行為。林薇（1998）認為教師會影響孩子的飲食行為、劉翠薇等（2005）認為老師的支持是運動行為的預測因子，而親師的關係愈密切，愈能一起注意學生的健康促進生活型態，進而促使學生落實營養行為、健康責任行為、運動

行爲。龍炳峰（2000）發現參加運動校隊、運動社團、環境運動場地愈多的學生，其規律運動行爲愈好。Young, Gittelsohn, Charleston, Felix-Aaron and Appel（2001）也指出參加運動團體是提高個人運動行爲的重要因素。因此社區參與愈多、社團參與愈多顯示國中生所能運用的網絡資源愈多，網絡資源愈豐富則其所能獲得之資訊與支持愈多，愈能落實營養行爲、健康責任行爲、運動行爲。同儕關係影響國中生的營養行爲、健康責任行爲、運動行爲，此結果與林薇（1998）及彭田、郭獻文、邱淑玲（1994）之結果不同，其發現營養行爲受同儕正向影響。亦與蔡佩如（2006）相同，健康責任行爲受同儕之影響。並支持陳芮淇（2001）、楊雄寶（2003）、Anderssen and Wold（1992）、Norman and Bente（1992）、Sallis, Hovell, Hofstetter and Barrington（1992）、Young et al.之結果，運動行爲受同儕之影響。鍾志強（1998）指出大學生運動情形不佳可能視周遭同儕或重要他人的影響，本研究可能也有此一情形。同儕關係對營養行爲、健康責任行爲、運動行爲是負面影響，雖然老師或同儕與學生之健康行爲有關（Maes & Lievens，2003），不過在學校裡，學生可能因爲同儕壓力而從事不利健康促進生活型態。同儕關係對健康促進生活型態爲呈現負向關係，與本研究假設相反，然本研究無法解釋其原因爲何，未來須進一步探究其原因。由研究結果顯示國中生的營養行爲、健康責任行爲、運動行爲受到家庭外社會資本及學校社會資本的影響。

三、家庭氣氛、親子關係、同儕關係、社團參與與營養行爲的相關

由第三典型相關發現，國中生的營養行爲主要受到家庭內社會資本的家庭氣氛、親子關係，學校社會資本的同儕關係、社團參與之影響，家庭氣氛愈好、親子關係愈好、同儕關係愈差、社團參與愈少者，愈能落實營養行爲。本研究支持林芳美（2003）、許惠玉（2003）、簡介瑞（2003）、蔡佩如（2006）、Birch and Davison（2001）、Fitzgibbon et al.,（1996）、Young & Fors（2001）指出學生的營養行爲主要受家庭的影響，林薇（1998）認爲父母或照顧者的行爲、社會文化背景對兒童飲食行爲有重大影響，主要是家庭成員居住在同一環境之下，生活型態相似，有著相同的飲食型態，Sallis and Nader（1988）亦指出青少年時期的飲食習慣傾向於家庭成員的飲食習慣，因此家庭氣氛好、親子關係佳，則親子之間互動溝通愈好，子女的營養行爲深受父母親的影響，因此家庭內社會資本愈好的國中生愈能落實營養行爲。而學校社會資本的同儕關係、社團參與亦是影響營養行爲的重要因素，此結果與林薇、彭田等（1994）相同，同儕關係會影響國中生能否落實營養行爲。由本研究結果顯示同儕網絡對營養行爲是負面影響，學生可能因同儕壓力而從事不良行爲或促進健康行爲

(Santrock, 2003)，若同儕不重視營養行為，則國中生會受同儕壓力而產生不良影響，較無法落實營養行為；亦有可能同儕關係愈好、參與社團活動愈多，則愈容易外食，因而導致營養行為較無法落實。雖然本研究結果顯示學校社會資本能影響營養行為，卻呈現負向關係，與本研究之假設相反，其原因為何，本研究無法解釋，未來須進一步探究其原因。由本研究結果顯示家庭內社會資本及學校社會資本對國中生營養行為具有影響力。

伍、結論與建議

一、結論

本研究目的主要探討社會資本與健康促進生活型態之典型相關，進而透過典型相關瞭解家庭氣氛、親子關係、手足互動、親友互動、社區參與、代間封閉、親師關係、同儕關係、師生關係、社團參與等社會資本構念與健康促進生活型態，包含營養行為、人際支持行為、健康責任行為、生命欣賞行為、運動行為、壓力管理行為之間的相關結構。

由研究結果發現，國中生的社會資本與健康促進生活型態之間具有典型相關存在，其相關結構分述如下：

(一) 國中生的社會資本愈多，健康促進生活型態也愈高。家庭氣氛愈好、親子關係愈好、手足互動愈好、親友互動愈好、社區參與愈多、代間封閉愈多、親師關係愈好、同儕關係愈好、師生關係愈好、社團參與愈多的國中生，其健康促進生活型態落實愈高。

(二) 國中生的營養行為、健康責任行為、運動行為主要受到社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與的影響，社區參與愈多、親師關係愈好、同儕關係愈差、社團參與愈多的國中生，愈能落實營養行為、健康責任行為、運動行為。

(三) 國中生的營養行為主要受到家庭氣氛、親子關係、同儕關係、社團參與的影響，家庭氣氛愈好、親子關係愈好、同儕關係愈差、社團參與愈少，愈能落實營養行為。

二、建議

(一) 未來研究方面

1.本研究社會資本能有效預測健康促進生活型態，但僅能推論至本研究對象，無法推論至所有國中生，未來研究仍須進行全國性大樣本以掌握通盤性的概況，並建立長期性資料庫，以觀察、建立因果模式。

2.本研究主要採用Coleman的社會資本理論，然社會資本理論並非僅有Coleman的理論，未來可參酌其他人理論，建構更完整、更適合臺灣地區本地之社會資本理論，並建構完善之國中生社會資本量表。

3.本研究之社會資本構念與健康促進生活型態構念之人際支持行爲，在第一典型相關呈現相當高的典型因素負荷量，人際支持行爲變項與社會資本構念可能有某種程度相關，建議未來研究應進一步釐清兩者之關係。

4.本研究僅嘗試建立社會資本與健康促進生活型態之關係，未來可進行社會人口學變項，如家庭結構、家庭社經地位、搬家次數，進一步探討社會資本與健康促進生活型態之關係，以瞭解社會資本在健康促進生活型態之效果。

(二) 健康促進生活型態與衛生教育介入實務方面

1.加強落實社會資本，以落實健康促進生活型態。本研究發現家庭內社會資本、家庭外社會資本及學校社會本對國中生健康促進生活型態之落實有顯著影響，因此在推展國中生落實健康促進生活型態時，應留意家庭內、家庭外及學校社會資本，以收事半功倍之效。

2.善用社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與，以落實國中生之營養行爲、健康責任行爲、運動行爲。本研究發現社區互動、親師關係、同儕關係影響營養、健康責任、運動行爲之落實，在推展這些健康行爲時，可運用社區參與、親師關係、同儕關係、社團參與，以促使國中生更能落實這些行爲。

3.善用家庭氣氛、親子關係，培養國中生落實營養行爲。本研究發現家庭氣氛、親子關係影響國中生落實營養行爲之因素，在推展營養行爲方面，應加強家庭親子互動，從家庭中養成國中生之營養行爲，以能落實營養行爲於日常生活。

致謝

本篇研究的完成要感謝問卷預試及施測的老師及學生的參與。亦要感謝陳美燕教

授慨允使用青少年健康促進行為量表，僅此敬致衷心的感謝一併致上謝忱。

參考文獻

- 中華民國學校衛生學會主編（2003）。**健康促進學校工作指引**。台北：行政院衛生署。
- 仇方娟（1997）。**南區五專生健康促進生活型態及其相關因素**。高雄醫學院護理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 行政院衛生署（2007）。95死因統計。上網日期：2007年11月22日。網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書2/95/上冊/95年死因統計結果分析.doc>。
- 余玉眉、江永盛（1992）。國民保健六年計畫草案一規劃緣起與過程。**衛生報導**，2(7)，8-12。
- 呂淑美（2005）。**大學生運動行為及其相關因素之研究—以國立宜蘭大學學生為例**。國立臺灣師範大學衛生教育學系在職進修班碩士論文，未出版，台北市。
- 李明亮（2001）。**健康促進政策與展望**。台灣健康促進新紀元學術研討會專題演講，1-18。
- 李蘭（1991）。健康行為的概念與研究。**中華衛誌**，10(5)，1-13。
- 周新富（2003）。家庭社會資本組成構面及其學習結果之關係。**台灣教育社會學研究**，3(2)，85-112。
- 林南（2004）。教育制度與社會資本。**教育研究集刊**，50(4)，1-16。
- 林芳美（2003）。**國小四年級學童的飲食行為與其父母飲食行為配對類型之關係**。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 林薇（1998）。幼兒飲食行為形成及影響因素。**家政教育學報**，1，42-58。
- 許惠玉（2003）。**台北市兒童體位、飲食行為與家長營養知識、行為及飲食教養之關係**。台北醫學大學保健營養學系碩士班碩士論文，未出版，台北市。
- 陳芮淇（2001）。**新竹市某高職學生運動行為及其影響因素之研究**。國立臺灣師範大學體育研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 陳昭伶（2004）。**基隆地區高中(職)學生健康促進生活型態及相關因素探討**。國立臺灣師範大學衛生教育學系碩士班碩士論文，未出版，台北市。
- 陳素芬、鄭惠美、照屋博行、李詩鎮（2004）。日本與台灣小學生生活習慣、生活態度、生活狀況的比較研究。**學校衛生**，45，1-15。
- 陳麗光、李蘭、邱雅荅、許可欣、葉珍玲、楊惟智（2002）。**父母與學童之健康行為的關聯性**。國家衛生研究院專題研究計畫成果發表會之學童健康生活型態研討會報告書。台北市：國家衛生研究院。

- 彭田、郭獻文、邱淑玲（1992）。中部專科學生對西式速食攝食行為的比較研究。**公共衛生**，**19**（3），167-275。
- 黃雅文、姜逸群（2005）。健康促進與健康行為。**國民教育**，**45**(5)，18-24。
- 黃雅文、姜逸群（1991）。**衛生教育與健康促進論**。台北：景文。
- 楊雄寶（2003）。**運動行為影響因素之比較研究**。國立臺灣體育學院體育研究所碩士論文，未出版，台中市。
- 蔡佩如（2006）。**家庭因素與同儕因素對國中生健康促進行為之研究**。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文，未出版，嘉義市。
- 劉美媛、呂昌明（2006）。大一學生健康行為現況及其相關因素之研究—以北部某大學學生為例。**學校衛生**，**48**，19-37。
- 劉翠薇、黃淑貞、洪文綺、李秋妮（2005）。青少年運動行為之探討。**醒吾學報**，**30**，139-164。
- 鍾志強（1998）。**運動參與動機、運動自我效能與運動社會支持對大學生運動行為影響之研究**。雲林：雲院書城。
- 龍炳峰（2000）。國民小學學童規律運動行為即其相關因素之研究。**體育學報**，**29**，81-91。
- 簡介瑞（2003）。**某國小學童對父母飲食教養方式之認知和同儕團體的認同與飲食行為之相關研究**。國立臺灣師範大學衛生教育學系碩士班碩士論文，未出版，台北市。
- 魏米秀、呂昌明（2005）。「健康促進生活型態」中文簡式量表之發展研究。**衛生教育學報**，**24**，25-45。
- 羅沁芳（2003）。**台北市某國中生同儕支持與健康促進生活型態之相關研究**。國立臺灣師範大學衛生教育學系碩士班碩士論文，未出版，台北市。
- Anderssen, N., & Wold, B. (1992). Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *63*(4), 341-348.
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, *48*(4), 893-907.
- Bonney, A. E., Britto, M.T., & Klostermann, B. K. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*, *106*(5), 1017-1021.
- Burke, V., Beilin, L. J., & Dunbar, D. (2001). Family lifestyle and parental body mass index as predictors of body mass index in Australian children: a longitudinal study. *International Journal of Obesity*, *25*, 147-157.
- Carbonaro, W. J. (1998). A little help from my friend's parents: Intergenerational closure and

educational outcomes. *Sociology of Education*, 71(4), 295-313.

Cartland, J., Ruch-Ross, H. S., & Henry, D. B. (2003). Feeling at home in one's school: A first look at a new measure. *Adolescence*, 38, 305-319.

Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R. J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent health promotion scale: Development and psychometric testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104-110.

Coleman, J. S. (1988). Family, School, and social capital. In T. Husen & T.N. Postlethwaite(Eds.), *The International Encyclopedia of Education* (pp.2272-2274). Oxford: Pergamon Press.

Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Coleman, J. S. (1991). Parental involvement in education: Policy perspectives series. Washington, DC: Office of Educational Research and Improvement. (ERIC Document Reproduction service No.ED334028)

Coleman, J. S., & Hoffer, T. (1987). *Public and private schools: The impact of communities*. New York: Basic Books.

Dever, G. E. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466.

Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., Avellone, M. E., & Sugerman, S. (1996). Involving parents in cancer risk reduction: A program for Hispanic American families. *Health Psychology*, 15(6), 413-422.

Gillander, G. K., & Hammarstrom, A. (2002). Can school-related factors predict future health behaviour among young adolescents? *Public Health*, 116, 22-29.

Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science & Medicine*, 58, 2267-2277.

Hogan, M. J. (2001). Social capital: Potential in family social sciences. *Journal of Socio-Economics*, 30, 151-155.

Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A., & Subramanian, S. V. (2004). Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 682-690.

Kohlberg, L. (1969). *Stages in development of moral thought and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Kolbe, L. J., Collins, J., & Cortese, P. (1997). Building the capacity of schools to improve the health of the nation: A call for assistance from psychologists. *American Psychologist*, 3, 256-265.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Retrieved from Government of Canada, web site: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthpromotiondevelopme>

nt/pdf/perspective.pdf.

- Lee, V. E., & Corninger, R. G. (1999). Elements of social capital in the context of six high schools. (ERIC Document Reproduction Service No. ED454582)
- Maes, L., & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 56, 517-529.
- Norman, A., & Bente, W. (1992). Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(4), 341-348.
- Parcel, T. L., & Menaghan, E. G.. (1994). Early parental work, family social capital , and early children outcomes. *The American Journal of Sociology*, 99(4), 972-1009.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Pender, N. J., & Barkaskas, V. H. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), 106-112.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitude, subjective norms to engage in health behavior. *Nursing Research*, 35, 15-18.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *The Journal of American Medical Association*, 278, 823-832.
- Sallis, J. F., Hovell, M. F., Hofstetter, C. R., & Barrington, E. (1992). Explanation of vigorous physical activity during two years using social learning variables. *Social Science Medicine*, 34(1), 25-32.
- Sallis, J. F., & Nader, P. R. (1988). Family determinants of health behaviors. In D.S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging research perspectives* (pp.107-124). New York: Plenum Press.
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescence: An introduction*(9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667.
- Wainwright, P., Thomas, J., & Jones, M. (2000). Health promotion and the role of the school nurse: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1083-1091.
- Walker, S. N., Sechrist, S. N., & Pender, N. J. (1987). The health-promotion lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurse Researcher*, 36, 76-81.
- Wall, E., Ferrazzi, G., & Schryer, F. (1998). Getting the goods on social capital. *Rural Sociology*,

63(2), 300-322.

Young, E. M., & Fors, S. W. (2001). Factors related to the eating habits of students in grades 9-12. *Journal of School Health*, 71(10),483-488.

Young, D. R., Gittelsohn, J., Charleston, J., Felix-Aaron, K., & Appel, L. J. (2001). Motivation for exercise and weight loss among African-American women: Focus group results and their contribution towards program development. *Ethnicity & Health*, 6(3/4), 227-245.

96/06/13 投稿

96/10/03 修稿

96/12/19 完稿

A study between social capital and health promotion lifestyle among junior high school students

Chun-Tai Huang^{*} I-Chyun Chiang^{**} Ya-Wen Huang^{***} Yih-Jin Hu^{****}

Abstract

The purpose of this study was to investigate the social capital and health promotion lifestyle of junior high school students, and to further examine their relationships. The students at junior high school in Tainan County were the target population of this research, and the samples were selected by using clustered random sampling. The data collection was based on structural questionnaire method, and there were 978 valid samples, which presented a 97.12% of the response rate. Data were analyzed with canonical correlation analysis. The main results of this research are summarized as follows:

1. The higher social capital of students attributes to better realization of health promotion lifestyle. The better family atmosphere, better parent-child relationship, better sibling interaction, better relatives and friends interaction, more community participation, better intergenerational closure, better parent-teacher relationship, better peer relationship, better teacher-student relationship, more schoolclub participation, the more health promotion lifestyle.

2. The more community participation, better parent-teacher relationship, worse peer

* Doctoral Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

Health Education Teacher, Tainan County Madou Junior High School

** Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan

*** Professor, Life Education and Health Promotion, National Taipei University of Education

**** Associate Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan

relationship, more schoolclub participation attributes to better realization of nutrition behavior, health responsibility behavior and exercise behavior.

3.The better family atmosphere, better parent-child relationship, worse peer relationship, less schoolclub participation attributes to better realization of nutrition behavior.

The results of the study were discussed, and the recommendations for future researches and applications were proposed.

Keywords: adolescent, canonical correlation, junior high school students, health promotion lifestyle, social capital